

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lea Hrvat

**Komunikacijske vještine u radu s oboljelima od
posttraumatskog stresnog poremećaja i članovima
njihovih obitelji**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Lea Hrvat

**Komunikacijske vještine u radu s oboljelima od
posttraumatskog stresnog poremećaja i članovima
njihovih obitelji**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, na Klinici za psihološku medicinu i u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) pod vodstvom prof. dr. sc. Marijane Braš i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Mentor rada: prof. dr. sc. Marijana Braš, dr.med

Popis kratica:

EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

GABA – gama aminomaslačna kiselina

DSM – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih oboljenja Američkog psihijatrijskog udruženja

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SADRŽAJ

1. Sažetak

2. Summary

3. Uvod 1

4. Posttraumatski stresni poremećaj 2

- 4. 1. Definicija, simptomi i klasifikacija PTSP-a 2
- 4. 2. Značajke razvoja PTSP-a 4
- 4. 3. Epidemiologija 4
- 4. 4. Etiologija 5
- 4. 5. Rizični čimbenici razvoja PTSP-a 7
- 4. 6. Dugotrajne posljedice PTSP-a (komorbiditeti) 7
- 4. 7. Liječenje 9
- 4. 7. 1. Psihoterapija PTSP-a 11

5. Komunikacija u medicini 12

- 5. 1. Komunikacijske vještine 14
- 5. 2. Tehnike komunikacijske vještine 15
- 5. 2. 1. Aktivno slušanje 15
- 5. 2. 2. Osnovne pogreške u aktivnom slušanju 16
- 5. 2. 3. Empatija 17
- 5. 3. Terapijska komunikacija 17
- 5. 4. Informacijska komunikacija 17
- 5. 5. Medicinski intervju 18
- 5. 6. Psihijatrijski intervju 19

6. Obitelj 22

- 6. 1. Obitelj i stres 22
- 6. 2. Obitelj kao žrtva 24
- 6. 3. Obitelj u komunikacijskom procesu 25

7. Komunikacija s oboljelima od PTSP-a	26
8. Iscjeljujući odnos	28
9. Zaključak	30
10. Zahvale	31
11. Literatura	32
12. Životopis	35

1. SAŽETAK

Komunikacijske vještine u radu s oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja i članovima njihovih obitelji

Posttraumatski stresni poremećaj je duševni poremećaj koji se može javiti u osoba koje su proživjele vrlo jaki i životno ugrožavajući događaj. Traumatski događaj za svakog čovjeka je iznenadni, neočekivani, neugodni i na takve događaje osoba nije spremna. Traumatsko iskustvo ostavlja trajne psihičke, emocionalne, ponašajne i tjelesne posljedice s kojima se traumatizirana osoba svakodnevno teško nosi. Narušena joj je kvaliteta zdravlja i života. Osoba više nije ista kakva je bila prije traume. To najbolje prepoznaje i uočava njezina obitelj koja najviše pati. Psihotraumatizirani se udaljava i otuđuje od svoje obitelji, ne može normalno funkcionirati u radnom i obiteljskom okruženju i ono što je karakteristika, ne samo oboljelog nego i članova njegove obitelji, je osjećaj bespomoćnosti koji se javlja. Članovi obitelji ne znaju kako i na koji način pomoći. Potrebno je reagirati na vrijeme i potražiti pomoć. Za uspješno liječenje važno je da sudjeluje i obitelj pacijenta jer bi mu ona trebala biti najveća potpora i podrška i uvelike može utjecati na tijek i ishod liječenja. Prvi kontakt pacijenta i njegove obitelji s liječnikom je kroz medicinski intervju. Intervju je oblik komunikacije kojem je cilj uspostavljanje partnerskog odnosa u kojem se pacijent, članovi njegove obitelji i liječnik međusobno poštuju, cijene, uvažavaju i stječu povjerenje jedni u druge. Važne komunikacijske vještine kojima se to postiže su aktivno slušanje i empatija. Vještine se mogu naučiti i moraju se vježbati. Uspješna i kvalitetna komunikacija je najvažnija jer je preduvjet uspješnog liječenja.

KLJUČNE RIJEČI: posttraumatski stresni poremećaj, duševni poremećaj, narušena kvaliteta zdravlja i života, obitelj, bespomoćnost, medicinski intervju, partnerski odnos, aktivno slušanje, empatija

2. SUMMARY

Communication skills in work with patients who suffer from Posttraumatic Stress

Disorder and their family members

Posttraumatic Stress Disorder is a mental disorder which can occur in persons who have suffered a very strong and life-threatening event. A traumatic event for any person is a sudden, unexpected and unpleasant occurrence for which a person is not prepared. Traumatic experience can leave permanent psychological, emotional, behavioral and physical consequences with which the traumatized person has difficulty dealing on a daily basis. The health and life quality of such persons is impaired. They are not the same as they were before the trauma had occurred. This is best acknowledged and recognized by the person's family, who suffers the most. Psychotraumatized persons distance and alienate themselves from their family. Further, they cannot function normally at their work and in their family surroundings. Furthermore, they experience a feeling of helplessness, which is characteristic for the traumatized person and their family as well. The family members do not know how to help. It is important to react on time and to look for help. For the treatment to be successful it is crucial for the family to participate because it should act as the biggest support for the patient. Also, the inclusion of the family in the treatment is good for mending broken family relationships. The first contact of the patient and their family with the doctor happens during a medical interview. The medical interview is a form of communication which aims at establishing a partnership in which the patient, their family members and the doctor mutually respect and appreciate one another and gain each other's trust. Active listening and empathy are the communication skills important for achieving that. These skills can be learned and need to be practiced. Successful and quality communication is most important because it is the precondition of a successful treatment.

KEYWORDS: posttraumatic stress disorder, mental disorder, impaired health and life quality, family, helplessness, medical interview, partnership, active listening, empathy

3. UVOD

Svakodnevno u svom radnom i obiteljskom okruženju ljudi se susreću s raznim oblicima stresora. Takav način života ljude je naučio da žive sa stresom ili da ga uspiju više ili manje kontrolirati. Sve je više i onih ljudi koji su izloženi snažnim traumatskim iskustvima, bilo kao žrtve ili svjedoci takvih događaja. Ti su događaji nerijetko i smrtno ugrožavajući, a primjeri su rat, silovanje, prirodne katastrofe, nesreće, stradanja, teroristički napadi. To su događaji koji su neočekivani, ali isto tako i neizbježni te se na njih osoba nemože pripremiti. Proživljena trauma čovjeka će promijeniti u svim njegovim dimenzijama: psihičkim, afektivnim, tjelesnim i duhovnim. Psihotraumatizirana osoba promijenit će svoje ponašanje, postat će indiferentna, otuđena od svoje okoline, povlačit će se u sebe, zanemarivat će svoje svakodnevne obveze, imat će tjelesne smetnje zbog kojih će se osjećati loše i neće moći normalno funkcionirati. Tu će promjenu najbolje uvidjeti i ocijeniti njegova obitelj, posebno ako je riječ o ocu ili suprugu koji predstavljaju sigurnost za obitelj. Osobe koje su proživjele traumu i njihove obitelji ranjiva su skupina našeg društva te im je potrebna pomoć jer se same osjećaju bespomoćnima. Teško se odlučuju potražiti medicinsku pomoć, a kada se ipak odluče na nju, prvi njihov kontakt sa zdravstvenim djelatnikom bit će kroz komunikaciju. Komunikacija je tada prvo, jedino i osnovno što može utjecati na daljnji tijek razmišljanja, na stav pacijenta i njegove obitelji o bolesti i liječenju. Zato je izuzetno važno za liječnika poznavati komunikacijske vještine koje se moraju svakodnevno učiti i vježbati. Njima se uspostavlja partnerski odnos između pacijenta i liječnika, koji podrazumijeva poštovanje, uzajamno uvažanje i međusobno povjerenje koji su temelj kvalitetne suradnje i uspješnog liječenja.

4. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

4. 1. Definicija, simptomi i klasifikacija PTSP-a

Posttraumatski stresni poremećaj je sindrom koji je posljedica proživljenoga traumatskog događaja kao što je sudjelovanje u borbenim akcijama, prometnim nesrećama, prirodnim katastrofama, silovanjima, seksualnom i fizičkom zlostavljanju te sličnim po život ugrožavajućim situacijama (15, 20). Prema MKB-10 posttraumatski stresni poremećaj se definira kao zakašnjeli ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju (bilo kratkog ili dugog trajanja) izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode, koji će vjerojatno u gotovo svakog uzrokovati pervazivni distress (23). Traumatski događaj je u DSM-5 klasifikaciji definiran kao izloženost stvarnoj smrti ili prijetnji smrti, ozbiljnoj ozljedi ili seksualnom nasilju, na način da je osoba sama doživjela ovakav događaj, svjedočila mu je ili je saznala da se neki od tih događaja dogodio rođaku ili prijatelju (28). Joseph i sur. (1997.) navode da „traumatski događaj sučeljava pojedinu osobu s događajem koji u vrijeme percepcije podiže ekstremnu emocionalnu uzbuđenost, koja ometa njegovu neposrednu obradu“ (22). PTSP se počeo proučavati prije više od sto godina. Tijekom prošlosti, PTSP bio je poznat pod različitim nazivima poput sindrom željezničke nesreće, srčana neuroza, traumatska neuroza, šok od granate, sindrom koncentracijskog logora i sindrom traume silovanja. Simptomi poremećaja koji su se opisivali pod tim nazivima podudaraju se s današnjim poimanjem PTSP-a. Prvi put 1980. godine PTSP je uveden u nomenklaturu mentalnog zdravlja u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih oboljenja Američkog psihijatrijskog udruženja (DSM-III) (15).

Simptomi koji određuju PTSP su:

1. Stalno ponovno i uznemirujuće proživljavanje i osjećanje traumatskog događaja preko misli, snova i slika što dovodi do fizičkog i emocionalnog nemira i nespokoja.

2. Stalno izbjegavanje situacija vezanih za traumu i umrtvljenje osjećaja izražava se bijegom od misli, osjećaja ili razgovora vezanih uz traumu, bijegom od aktivnosti, mjesta i osoba koji podsjećaju na traumu. Osoba nije u stanju prisjetiti se važnih segmenata traume. Smanjen joj je interes i sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima. Suženog je raspona emocija. Ima osjećaj uskraćene budućnosti, udaljenosti i otuđenosti od drugih osoba.
3. Javljaju se simptomi pojačane pobuđenosti kojih nije bilo prije traume poput teškoća pri uspavljivanju, nesanica, iritabilnosti, provala bijesa, teškoća koncentracije, pojačanog opreza i pojačane reakcije na podražaje (zvuk i buka) (10, 11, 13, 15, 21, 25, 27).
4. DSM-5 uvodi i novu skupinu simptoma: negativne kognitivne promjene i promjene raspoloženja (28).

DSM-IV klasificira tri podtipa PTSP-a s obzirom na vrijeme pojavljivanja i njihovo trajanje u odnosu na traumatski događaj:

1. Akutni oblik se javlja u roku šest mjeseci od nastanka traume i traje manje od tri mjeseca.
2. Kronični oblik podrazumijeva trajanje simptoma duže od šest mjeseci.
3. Odgođeni oblik uključuje pojavu simptoma najmanje šest mjeseci od početnoga traumatskog izlaganja, no može se javiti i do nekoliko desetljeća kasnije (10, 13, 15).

4. 2. Značajke razvoja PTSP-a

Razvoj PTSP-a ovisi o značajkama osobe i traume. Hoće li netko razviti PTSP ovisi o više čimbenika. Od velike važnosti su obrasci za suočavanje sa stresom koje je stekla osoba tijekom života i oni određuju može li se aktivno suočiti s problemima ili je sklonija pasivizaciji. Već proživljene i prevladane traume kao i dotadašnje psihičke teškoće pojačavaju ranjivost za iduća takva događanja. Dob uvelike utječe na odnos osobe prema proživljenoj traumi. Drugačije ju doživljavaju djeca, adolescenti, odrasle osobe ili stariji ljudi. Žene su češće izložene obiteljskom nasilju i silovanju dok su muškarci više izloženi ratnim traumama. Kvaliteta socijalne podrške osobi u razdoblju oporavka je izuzetno važna. Ženama je važnija potpora obitelji, a muškarcima ona iz radnog okruženja. Percepcija događaja važnija je od stvarne opasnosti vezane uz događaj. Za sposobnost što bolje reakcije i prilagodbe na traumatski događaj značajna je percipirana sposobnost kontrole događaja i vremenski okvir stresora. Što je percepcija kontrole događaja manja, vjerojatnije je da se događaj doživi kao traumatski. Iznenadni i neizbježni događaji su stresniji (10, 13, 15, 20, 21, 25, 27).

4. 3. Epidemiologija

Prevalencija PTSP-a varira ovisno o istraživanjima različitih populacija (klinička ili opća populacija ispitanika itd.) i o promjeni različitih dijagnostičkih kriterija i skala. U općoj populaciji prevalencija poremećaja iznosi od 1 do 14% zahvaćene populacije, ovisno o istraživanju, a prema novijim podacima iz svjetske literature iznosi 9%. Iako u Hrvatskoj nisu provedena sustavna epidemiološka istraživanja u svezi broja psihotraumatiziranih osoba u ratu, prema podacima Vlade Republike Hrvatske procjenjuje se da je najmanje 1 000 000 ljudi bilo izravno izloženo ratnom stresu, a puno više je sekundarno traumatizirano. Pretpostavlja se da je kod prognanika i izbjeglica prevalencija PTSP-a između 25 i 50%, a među braniteljima od 23 do 30%. Njima treba pridodati i osobe koje su bile zatočene te članove

obitelji nestalih u ratu. Podaci o prevalenciji PTSP-a su veći ako je riječ o određenim skupinama traumatiziranih ljudi ili kliničkim uzorcima. Istraživanja pokazuju da se kod žrtvi mirnodopskog nasilja PTSP javlja u oko 20% slučajeva, nakon prirodnih katastrofa oko 15% dok nakon prometnih nesreća postoji vjerojatnost pojave posttraumatskih smetnji kod oko 7% osoba (10, 13, 15, 20, 25, 26, 27).

4. 4. Etiologija

PTSP se najčešće pojavljuje odmah nakon traumatskog događaja ili tijekom prvih šest mjeseci, ali se može pojaviti i više godina nakon traumatskog iskustva. Spontano nestaje u 60% slučajeva. Prosječno trajanje PTSP-a prema nekim istraživanjima je od pet do sedam godina. Kod određene skupine ljudi smetnje postaju kronične, blaže ili jače, i mogu trajati desetljećima. PTSP uzrokuju složeni poremećaji koji obuhvaćaju psihološku neravnotežu i neurofiziološku disregulaciju. To rezultira poremećajima u ponašanju koji oštećuju osnovu čovjekova postojanja – odnose s drugima i svijetom oko sebe (10, 13, 15, 20).

Za razvoj neodgovarajuće reakcije na traumu veliki utjecaj imaju psihički i neurofiziološki mehanizmi. U područjima središnjeg živčanog sustava, koji su uključeni u procese pamćenja i pobuđenosti, događaju se neurokemijske promjene. Zahvaćeni dijelovi su hipokampus, locusceruleus, hipofiza, hipotalamus i cerebralni korteks koji zbog jakoga emocionalnog naboja nisu u stanju proraditi, procesuirati i pohraniti traumatski događaj u sjećanje. Također razvoju PTSP-a pridonosi disregulacijaneurotransmitorskih sustava uključenih u proces memorije kao što su glutamatni/GABA putovi, koji sudjeluju u procesuiranju faktične memorije. U situaciji akutnog stresa uz ubrzan metabolizam, zamijećena je i smanjena razina dopamina u prefrontalnom korteksu što pridonosi osjetljivosti žrtve na budući stres. Prefrontalni korteks je odgovoran za funkcioniranje radne memorije i pažnje, a zbog neuralnih veza s amigdalama, entorinalnim korteksom i locusomceruleusom pridonosi i pojačanoj

pobuđenosti. Depresija koja često prati PTSP može biti povezana sa smanjenom aktivnošću inhibitora monoaminooksidaze (10, 15, 27).

Disregulacijaserotoninergičkeneurotransmisije smatra se odgovornom za smanjeno raspoloženje, suicidalne misli i agresivno ponašanje osoba koje boluju od PTSP-a. Rezultat snižene razine endogenih opioda je snižen prag tolerancije za bol (10).

Svaka trauma i stres dovode do posljedičnog povećanog lučenja glukokortikoida koji dovodi do oštećenja hipofize i manjka verbalne memorije (10).

Somatski simptomi koji prate PTSP su uzrokovani povišenom razinom hormona štitnjače do koje dolazi zbog visoke razine noradrenalina i povećane aktivnosti alfa 2 adrenergičnih receptora (10).

Spoznaje upućuju da osobe koje razviju PTSP imaju viši stupanj aktivacije simpatičkoga živčanog sustava (10).

Psihološke teorije govore da traumatsko iskustvo dovodi do rušenja pretpostavki čovjeka o neranjivosti, smislenosti života te dostupnoj i raspoloživoj pomoći. Trauma predstavlja jaku narcističku povredu te suočavanje s vlastitom ranjivošću i bespomoćnošću. Kako će se to prevladati, ovisi o čovjekovim obrambenim mehanizmima i socijalnoj potpori koja će u tom slučaju činiti zaštitu i omogućiti da se odvijaju reparacijski procesi, proces prorade traumatskog iskustva i žalovanje. Kad je riječ o ratnoj traumi, važnu ulogu ima i transformacija superega u tzv. „ratni superego“, pri čemu povratak u „mirnodopskisuperego“ može dovesti do nepremostivih teškoća (10, 15).

4. 5. Rizični čimbenici razvoja PTSP-a

Predtraumatski rizični čimbenici

Karakteristike ličnosti koje formiraju odnos osobe prema sebi i svijetu imaju veliki utjecaj na razvoj i tijek PTSP-a. Daljnji čimbenici rizika su prethodni problemi prilagodbe, psihopatske devijacije, ženski spol, mlađa dob, niža inteligencija (osobito prostorna), niži stupnjevi obrazovanja, nizak socioekonomski status, obiteljska nestabilnost i psihijatrijska anamneza. Istraživanja su pokazala i biološku te genetsku predispoziciju razvoja PTSP-a (10).

Peritraumatski rizični čimbenici

Peritraumatski rizični čimbenici su: izmijenjen osjećaj za vrijeme, osjećaj nestvarnosti, izvantjelesna iskustva, zbunjenost, konfuzija, dezorijentacija, izmijenjena percepcija boli, tjelesni izgled, osjećaj odvojenosti od tijela i tunelski vid. U predviđanju budućeg razvoja PTSP-a kod osobe koja je proživjela traumatski događaj važno je znati kako se osjeća, razmišlja, reagira i djeluje. Važan je i osjećaj bespomoćnosti pri doživljavanju traumatskog iskustva (10).

Posttraumatski čimbenici

Najznačajniji posttraumatski rizični čimbenici su izostanak socijalne podrške, pomoći i dodatni životni stresori nakon proživljene traume. Razvoju PTSP-a doprinose neodgovarajući načini suočavanja sa stresom, doživljaji srama, bespomoćnosti, užasa, krivnje, straha te manjak rane medicinske intervencije (10).

4. 6. Dugotrajne posljedice PTSP-a (komorbiditeti)

Posttraumatski stresni poremećaj može biti izoliran ili se javljati u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima. Bez obzira na proces i tijek liječenja, promjene mogu ostati u svakodnevnom funkcioniranju na kognitivnom, ponašajnom i afektivnom području. Oboljeli

od PTSP-a često imaju problema s učenjem i pamćenjem. Dok su sjećanja na traumu izuzetno živa ili fragmentirana, sjećanja vezana uz važne životne događaje su blijeda i iskrivljena. Traumatski događaji se pamte u disociranom obliku i nedostupna su u svakodnevnoj svijesti u obliku jasne i integrirane priče. S vremenom se ta sjećanja počinju organizirati na koherentan način. Traumatizirane osobe imaju poteškoća u stjecanju novih informacija i izvođenju zadataka. Također, takve osobe pate od pristranosti pažnje jer su fokusirane na podražaje koji ih podsjećaju na traumatsko iskustvo. Oboljeli od PTSP-a često navode kako napuštaju svoje tijelo ili promatraju traumatski događaj iz daljine. Poremećaj uobičajeno integriranih funkcija svijesti, sjećanja i identiteta naziva se disocijacija. Primjeri takvih iskustava su izmijenjen osjećaj za vrijeme koje prolazi brže ili sporije, zbunjenost, dezorijentacija i osjećaj da realnost nije stvarna (8, 13, 14, 20, 21, 25, 27).

Traumatsko iskustvo može rezultirati različitim poremećajima: anksioznim, depresivnim, psihosomatskim poremećajima i poremećajima ličnosti. Može biti uzrokom seksualnih disfunkcija i poremećaja hranjenja i spavanja. Trauma može oboljelog navesti na alkoholizam te na uzimanje droga i drugih psihoaktivnih supstancija. Istraživanja su pokazala da je komorbidnost vezana uz kronični tijek PTSP-a mnogo ozbiljnija, a invalidnost i nefunkcionalnost oboljelih su veći. Komorbiditeti doprinose i povećanju rizika suicidalnog ponašanja. PTSP je povezan i sa somatskim bolestima kao što su hipertenzija, bronhalna astma, šećerna bolest, peptički ulkus, demencija te ostale bolesti kardiovaskularnog, probavnog, muskuloskeletnog, endokrinog, respiracijskog i živčanog sustava (8, 13, 14, 20, 21, 25, 27).

PTSP utječe na funkcioniranje osobe u svakodnevnom životu koje je sve teže, slabije i napornije kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj te socijalnu okolinu. Osoba koja boluje od PTSP-a unutar obitelji postaje član na kojeg se teško može osloniti, nepredvidivog je i često promjenjivog raspoloženja, ima učestale agresivne ispade, nema dovoljno strpljenja i

zanemaruje uobičajene i radne obveze. Kronični PTSP može rezultirati kognitivnim distorzijama kojima je osnova krivo viđenje stvarnosti, tj. shvaćanje svijeta samo kao opasnoga i prijetjećega mjesta od kojeg se nikako ne može dobiti očekivana i potrebna potpora. Odrastanje u takvoj obitelji je velika frustracija za djecu koja može obilježiti njihov život i tako neizravno dovesti do tzv. transgeneracijskog prijenosa traume (11, 12, 13, 21).

PTSP je puno više od mentalne bolesti. Najnovija istraživanja ukazuju na povezanost PTSP-a i prebrzog i preuranjenog starenja. Sam mehanizam nastanka nije u potpunosti poznat. Do tih poremećaja mogu dovesti traumatska iskustva kao što su rat, silovanje ili zatvor. Također, kod oboljelih od PTSP-a uočena je povišena koncentracija markera upale poput tumor nekrotizirajućeg faktora alfa i C-reaktivnog proteina (16). Kad se komorbidna psihijatrijska stanja prepoznaju i liječe, sama jačina simptoma PTSP-a se smanjuje (21).

4. 7. Liječenje

Različiti su pristupi liječenja koji sami za sebe ne daju najbolje rezultate i stoga ih je važno objediniti i kombinirati. Na tijek liječenja važan utjecaj ima je li PTSP akutnog ili kroničnog trajanja. Načini liječenja su farmakoterapija, psihoterapija i socioterapija. Farmakoterapija može umanjiti najprominentnije simptome, može pripomoći u prevladavanju kriznih razdoblja i djelovati na poremećaj neurotransmitorskih sustava. Farmakoterapijom se, uz suportivne terapijske tehnike, uspostavlja kontrola nad vlastitim reakcijama. Psihoterapijom se nastoji osvijestiti, rekonstruirati i proraditi traumatsko iskustvo kroz traumatsku priču. Uz socioterapijske metode, nastoji se dobiti uvid u ponašanje i uspostaviti bolju kontrolu te povjerenje u samog sebe i okruženje. Socioterapija pomaže u reformulaciji traume. Što je traumatsko iskustvo svježije i akutnije veći je naglasak na traumatskoj priči pa je terapija relativno kratka. Ponekad je dovoljna podrška i savjetovanje u podržavajućem okruženju. U ovom slučaju farmakoterapija je minimalna. Psihoterapija može biti individualna, grupna i

obiteljska. Individualnoj psihoterapiji cilj je prorada traume, razrješavanje svjesnih i nesvjesnih sukoba koje je traumatski doživljaj potaknuo te ponovna izgradnja samopouzdanja i samokontrole. U grupnoj psihoterapiji, osim terapeuta, emocionalnu podršku pruža grupa ljudi sa sličnim psihičkim problemima. Obiteljska terapija uključuje bračnog partnera i/ili druge članove obitelji i temelji se na činjenici da upravo obitelj može pružiti najznačajniju podršku, kako emocionalnu, tako i socijalnu. S druge strane, upravo je obitelj ta koja najviše trpi zbog navedenih smetnji, često ne shvaćajući što se događa s njezinim članom. Za kronični oblik PTSP-a uz psihoterapiju potrebna je i farmakoterapija kako bi se umanjili simptomi i uspostavila bolja kontrola nad vlastitim reakcijama. Za uspješno liječenje neophodno je ozračje sigurnosti i povjerenja, psihološka potpora i izobrazba. Izobrazba pomaže razumijevanju naravi vlastita stanja. Traumatiziranoj osobi stalno treba ponavljati da nije sama i treba joj pomoći da spozna potrebu za terapijom. Svrha psihoterapijske intervencije je olakšati i ukloniti simptome (8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 25, 27). U psihoterapijskom liječenju oboljelih od PTSP-a važna su tri načela:

- a. prorađivanje (ohrabriti pacijenta i pomoći mu da raspravlja o tome)
- b. integriranje (pomoći pacijentu da poveže svoje iskustvo u zdrave ponašajne i emocionalne okvire)
- c. deaktiviranje (oslabiti mehanizme hiperaktivne stresne reakcije) (8, 9)

Najčešće se primjenjuju terapijske tehnike kao što su kognitivno-bihevioralne, dinamski orijentirane i EMDR. Obiteljska terapija i terapija u paru vrlo su korisni modeli za olakšanje procesuiranja i zaobilaznje obrane. Medikamentno liječenje traje minimalno od šest do dvanaest mjeseci, ali je vrlo često potrebna medikacija i tijekom dvadeset četiri i više mjeseci. Kada poremećaj dovede do značajnih oštećenja u obiteljskom i radnom okruženju, i kada se naziru znaci trajnih promjena ličnosti, tada intervencija ide u smjeru socioterapije, pomaganju u zadržavanju i restrukturiranju socijalnih vještina, odnosno nekoj vrsti resocijalizacije.

Za to je najučinkovitiji terapijski okvir – klub. Psihoterapijski programi imaju simboličko značenje u vraćanju osobe u zajednicu. U toj fazi intenzivnije se u terapijski program uključuju i članovi obitelji (8, 9, 11, 21, 25).

4. 7. 1. Psihoterapija PTSP-a

Mogućnost uspješnog pružanja pomoći psihološki traumatiziranoj osobi zahtijeva odgovarajuće medicinsko i psihološko znanje o normalnim i patološkim reakcijama. Isto tako, jednako važne su i odgovarajuće sposobnosti te mogućnost uživanja u traumu. Psihološka pomoć ima različite razine. Informiranje i savjetovanje je uvijek važno za ljude koji su bili izloženi traumatskim događajima. Informacije moraju biti adekvatne, pružene na vrijeme i razumljive. Posebno je važno istaknuti pravodobnost informiranja o mogućim posljedicama izloženosti traumatskim situacijama. Nužno je osigurati odgovarajući osjećaj sigurnosti i povjerenja za vrijeme terapijskog procesa. Odabir terapijskog modela ovisi o kvalitetnom kontaktu s pacijentom i intervjuu tijekom kojeg se prikupljaju podaci na temelju kojih se donosi odluka o najprikladnijem terapijskom pristupu. Savezništvo u terapiji ne može se promatrati kao nešto što postoji samo po sebi, ono mora biti građeno trudom i pacijenta i terapeuta. Terapija zahtijeva suradnički odnos u kojem oba partnera sudjeluju. To podrazumijeva da je osnova odnosa obostrana uvjerenost u vrijednost i djelotvornost uvjeravanja. Trauma narušava pacijentovu sposobnost ulaganja u ljudski odnos s povjerenjem; time ona neposredno, ali snažno djeluje i na terapeuta. Susljedno tome u ostvarivanju radnog savezništva postojat će neke predvidljive teškoće koje treba razumijeti i na njih računati od početka (12). J. P. Wilson je rezimirao principe psihoterapije u nekoliko stavaka (17). Traumatiziranu osobu treba prihvatiti bez osude i nametanja vlastitih stavova o traumi. Što prije se treba organizirati intervencija jer će tako rezultati biti bolji i prevenirat će se razvoj teških posljedica. U tijeku bilo koje tehnike javit će se snažne kontratransferne reakcije jer psihotraumatizirani na razne načine testiraju svoje terapeute.

Transfer traumatiziranih pacijenata je obojen traumatskim iskustvom, što može pomoći u razumijevanju simboličkog značenja traume. Ne treba podlijegati predrasudi o tome koje osobe razvijaju PTSP, a koje ne. Reakcija na traumu bit će povezana sa životnim ciklusom u kojem se osoba nalazila i imat će značajan utjecaj na njezine razvojne faze, blokirajući prirodne psihičke razvojne procese. Transformacija traumatskog iskustva može rezultirati razvoju novih pozitivnih svojstava ličnosti, ali ne treba zaboraviti da je ta transformacija, najčešće, proces koji traje cijeli život (8, 9, 17).

5. KOMUNIKACIJA U MEDICINI

Komunikacija je dinamički proces razmjene misli, osjećaja i poruka te podrazumijeva postojanje međuljudskog odnosa. Da bi bila učinkovita, komunikacija mora biti dvosmjerna, s povratnim informacijama koje jedna i druga strana neprestano primaju i daju. Komunikacija u medicini je široko područje koje obuhvaća odnos zdravstvenog profesionalca, pacijenta i njegove obitelji, ali i komunikaciju među članovima medicinskog tima te između zdravstvenih profesionalaca, volontera, organizacija civilnog društva, vladinih i međuvladinih institucija, profitnog sektora i javnosti u cjelini. Komunikacija je temeljna, osnovna i najčešće primjenjivana klinička vještina na putu do uspješne dijagnoze, uspostave odnosa s pacijentom i liječenja. Ona je sastavni dio svakog odnosa s pacijentom i njegovom obitelji, a predstavlja i ključ uspjeha medicinskog tima. Dobra komunikacija je put prema uspješnom terapijskom savezu i odnosu, a za njeno postizanje, osim iskustva i talenta, potrebno je učenje i vježbanje. Razlikujemo verbalnu, neverbalnu i paraverbalnu komunikaciju. Verbalnom komunikacijom prenose se informacije, a ostvaruje se pomoću jezika, govornog i pisanog. Riječi mogu pobuditi pozitivne i negativne emocije. Na verbalnu komunikaciju može utjecati smisao jezika, sadržaj, situacija, osobina sudionika i kultura u kojoj se odvija. Primarni i dominantni

komunikacijski model, koji služi kao jezik odnosa, ima dvojako značenje. Prvo značenje podrazumijeva neverbalnu komunikaciju kojom se prenose stavovi i emocionalni odnos prema informacijama koje se primaju, a drugo značenje je odnos prema osobi s kojom se komunicira. Način na koji se poruke prenose neverbalnom komunikacijom su izraz lica, pogled, držanje tijela, geste, vanjski izgled i označavanje vlastitog prostora. Od izuzetne važnosti je facijalna ekspresija jer se smatra da se izrazi lica tiču izravnog izražavanja emocija. Emocionalni izrazi su urođeni i zato univerzalni za sve ljude. Na osnovi izraza lica prepoznaje se šest primarnih osjećaja: radost, tuga, iznenađenje, strah, ljutnja i gađenje. Champness navodi: „Pogledom kojim pronicemo drugog čovjeka, razotkrivamo i sami sebe“ (7). Sommer je uveo socijalno–psihološki termin „osobni prostor“ (7). Definirao ga je kao područje koje se uvijek iznova uspostavlja, a može se smatrati zonom tjelesne odbojnosti (7). Obrasci ponašanja, odjeća, rasna i etnička pripadnost, čak i spol, konstitucija i visina osobe imaju važne, ako ne i odlučujuće utjecaje na neverbalnu komunikaciju, ali i na konačno stvaranje dojma o određenoj osobi ili nama samima. Neki pacijenti koji su u kontaktu s liječnicima šute. Šutnja može biti pokazatelj pacijentova straha, srama ili otpora prema liječniku ili liječenju. Ona može biti snažna u komunikaciji između dviju osoba koje se poštuju, cijene i razumiju. U teškim trenucima ponekad je dovoljan stisak ruke, dodir po ramenu ili i sama prisutnost. U slučaju lošeg i nedovoljno razvijenog odnosa šutnja može značiti ljutnju. Paraverbalna komunikacija je ona u kojoj neverbalni znakovi prate verbalnu poruku poput intonacije i visine glasa, glasnoće, fluentnosti govora i šutnje. Njima se sadržaj poruke može pojačavati ili mijenjati. Komunikacija je dinamičan proces koji je pod utjecajem osjetljivosti osobe na razne komunikacijske znakove, situacije u kojoj se odvija, uloge sudionika, prisutnosti drugih ljudi i kulture. Uključuje niz ponašanja i reakcija te slušanje. Dobro slušanje je aktivno slušanje uz razumijevanje, usredotočenost, odnosno slušanje s prihvatanjem i empatijom. Zapreke slušanju mogu biti usmjeravanje, pretjerano

interpretiranje, skretanje pažnje (mijenjanje teme), procjenjivanje i vrednovanje od kojeg se treba suzdržavati, optuživanje, agresivnost (nanošenje boli riječima), moraliziranje, neuvažavanje osjećaja, neprikladno pričanje o sebi ili etiketiranje. Dobra komunikacija podrazumijeva poticanje drugoga da govori, osiguravanje psihološkog prostora i iskazivanje poštovanja prema tuđim osjećanjima i razmišljanjima. Osnove uspješne komunikacije iziskuju postavljanje jasnog cilja, govor u prvom licu, iskreno izražavanje, prirodnost te ne podcjenjivanje svoje i tuđe sposobnosti. Komunikacija s pacijentom predstavlja ujedno i terapijski proces. Poželjno je zajednički postaviti ciljeve uvažavajući pacijentove stvarne potrebe i mogućnosti. Liječnici se često koriste izravnim pristupom. Pitaju i očekuju kratke, jasne i jezgrovite odgovore. S druge strane, neizravan pristup uključuje olakšanje osobne ekspresije pacijenta, pridonosi osjećaju zainteresiranosti za pacijenta i olakšava dijagnostiku (2, 3, 4, 5, 6, 7, 18, 19).

5. 1. Komunikacijske vještine

Biti vješt u komunikaciji znači uspjeti prenijeti poruku sugovorniku, uspjeti dobiti potpunu i jasnu poruku od sugovornika, stvoriti odnos povjerenja i suradnje te prilagoditi vlastitu komunikaciju specifičnostima situacije i sugovornika. Komunikacijske vještine se trebaju kontinuirano učiti, a za napredak najvažnije je njihovo izvođenje i vježbanje. Ponašanja, stavovi te uvjerenja i osobine ličnosti nisu dovoljni za ostvarivanje terapijskog odnosa s pacijentom i rješavanje problema. Preduvjet za razvijanje složenijih komunikacijskih vještina su samopoštovanje i pozitivna slika o sebi, otvorenost, ljubaznost, toplina te izbjegavanje stereotipa i predrasuda. Ne izražavamo se samo izgovorenim riječima već i tonom glasa, izrazom lica, kretnjama te ukupnim ponašanjem. Dar jezičnog izražavanja daleko je veće ostvarenje nego što ga većina ljudi uspije ostvariti. Svi profesionalci moraju biti u stanju izraziti vlastito mišljenje jasno, sažeto i uvjerljivo, naročito kada je potrebno improvizirati, kao i u neočekivanim situacijama. Preduvjet za to su hrabrost, samopouzdanje, sposobnost

brzog organiziranja misli te sposobnost suvislog i uvjerljivog izražavanja (2, 3, 4, 5, 6, 7, 18, 19).

5. 2. Tehnike komunikacijske vještine

5. 2. 1. Aktivno slušanje

Aktivno slušanje je osjetljivo, dobronamjerno i neobrambeno. Ono je slušanje sa svrhom, a ta svrha može biti prikupljanje informacija, dobivanje uputa, razumijevanje drugih, rješavanje problema te pokazivanje interesa i podrške. To je proces tijekom kojeg zdravstveni djelatnik ne sluša samo činjenice koje sugovornik iznosi, već pokušava shvatiti i pridodane im vrijednosti, stavove i osjećaje. Treba biti osjetljiv ne samo za ono što se govori, nego i za to kako se govori te za ono što nije rečeno. Tehnike aktivnog slušanja su: postavljanje potpitanja, razjašnjavanje nejasnih ili preopćenitih tvrdnji, prepoznavanje neizgovorenih poruka, facilitiranje, reflektiranje, parafraziranje i sažimanje. Tijekom aktivnog slušanja izuzetno je važno opažati neverbalnu komunikaciju pacijenta, ali i osvijestiti svoju vlastitu. Kontakt očima je najvažniji neverbalni znak aktivnog slušanja. Primjenjujući tehnike aktivnog slušanja treba se koncentrirati na osjećaje pacijenta i sadržaj onoga što govori. Zanimanje koje se u aktivnom slušanju pokazuje prema pacijentu izazvat će njegovu želju da ispriča još više (4, 6, 18). Postoje četiri vrste aktivnih reakcija u komunikaciji: propitivanje, preformuliranje, održavanje osjećaja i rezimiranje (18).

Propitivanje podrazumijeva zamolbu osobe da precizira svoje riječi, tj. detaljnije objasni što misli. To je zapravo obično propitkivanje kojim se pokazuje interes za osobu (18).

Preformuliranje sadržaja podrazumijeva da se prenesena poruka može preformulirati na način da zadrži smisao kako bi se moglo provjeriti je li osoba ispravno shvaćena te kako bi se razgovor mogao voditi u željenom smjeru. Preformuliranjem sadržaja se pokazuje

razumijevanje i zanimanje za pacijenta. Pravilno razumijevanje moguće je kada se razumiju riječi, osjećaji i stanje pacijenta. Uvijek ga se mora pitati kako se osjeća i što doživljava (18).

Odražavanje osjećaja podrazumijeva pravilno utvrđivanje emocionalnog stanja osobe. Time se pokazuje da je pacijent shvaćen, a i on će bolje osvijestiti svoje stanje te svoje uzroke (18).

Rezimiranje podrazumijeva zaključivanje i iznošenje osnovne ideje i osjećaja pacijenta (18).

5. 2. 2. Osnovne pogreške u aktivnom slušanju

Papagajstvo

Strategija aktivnog slušanja nije banalno prepričavanje onoga što je osoba rekla. Istinsko aktivno slušanje podrazumijeva da je uistinu shvaćeno ono što je pacijent govorio (18).

Ignoriranje ili podcjenjivanje osjećaja

Nerazumijevanje negativnih emocija; povećava napetost i tugu, a razumijevanje i suosjećanje ih smanjuje i oslabljuje (18).

Skretanje pažnje s pacijenta

Slušati se može tri puta brže nego govoriti. Zato se vrlo lako tijekom razgovora počne razmišljati o nekim drugim stvarima pa se može izgubiti nit razgovora. Komunikacija treba biti aktivno regulirana i zahtijeva potpunu koncentraciju na pacijentove riječi. Uvježbati se može vježbama koncentracije (18).

Aktivno percipiranje neverbalnih poruka

Točno tumačiti neverbalne signale i poruke je teže nego pravilno razumjeti izgovorene riječi (18).

5. 2. 3. Empatija

Empatija je sposobnost razumijevanja osjećaja, želja, ideja i ponašanja druge osobe te pokazivanje tog razumijevanja. Za empatičko komuniciranje nužno je pokušati danu situaciju sagledati sa sugovornikova gledišta, prepoznati i razumjeti vrstu i jačinu sugovornikovih osjećaja, ali ne i potpuno se identificirati sa sugovornikom. Važno je bezuvjetno prihvatanje osobe bez osude i procjenjivanja. Klinička empatija je vještina koja se svjesno uči i primjenjuje kako bi se postigao terapijski učinak. Ovom vještinom liječnik pokazuje da razumije pacijenta, pojačava osjećaj međusobne povezanosti i vjerojatnost da će pacijent slijediti savjete i upute te pridonosi njegovu osjećaju samopoštovanja. Bezuvjetno prihvatanje i razumijevanje bez osuđivanja pridonosi pacijentovu osjećaju olakšanja i slobode. Kad se pacijenti osjećaju prihvaćenima i imaju povjerenja, skloniji su pružiti informacije potrebne za rješavanje njihovih problema (3, 4, 6, 19).

5. 3. Terapijska komunikacija

Terapijska komunikacija je vrsta komunikacije kojom se pomaže drugima i kojoj cilj nije „davanje i primanje“ poruka radi njihove informacijske vrijednosti, već radi njihova terapijskog učinka. Njome se pruža i dobiva pomoć, podrška, simpatija i razumijevanje. Osnovni oblici terapijske komunikacije su slušanje, razumijevanje, suosjećanje te davanje podrške, savjeta i uputa. Svrha davanja obavijesti u terapijskoj komunikaciji često je ublažavanje negativnih emocionalnih stanja, a svrha primanja obavijesti ili slušanja jest poticanje emocionalnog rasterećivanja (6, 19).

5. 4. Informacijska komunikacija

Cilj informacijske komunikacije je dati pacijentu sve informacije bitne za njegovu bolest i liječenje. Pravovremenim razgovorom o bolesti zadovoljava se pacijentova potreba za

poznavanjem svoje bolesti i unapređuje zdravstveno ponašanje pacijenta, odnosno njegovo pridržavanje zdravstvenih savjeta i uputa. Djelotvorna i zadovoljavajuća komunikacija između pacijenta i zdravstvenog djelatnika moguća je samo ako su sadržaji poruka razumljivi pacijentu i ako su strukturirani tako da ih pacijent može lako zapamtiti. Propusti u komunikaciji i informiranju pacijenta događaju se jer pacijent ne razumije mnoge izraze koji se koriste i jer ne može zapamtiti sve informacije koje prima. Bolja razumljivost se postiže ponavljanjem te izbjegavanjem apstraktnih stranih riječi i rečenica (6, 19).

5. 5. Medicinski intervju

Medicinski intervju je ključni moment u komunikaciji liječnika i pacijenta. Intervju je privatna i intimna interakcija između liječnika i pacijenta tijekom koje liječnik saznaje detalje pacijentove bolesti, ali i pojedinosti iz samog pacijentovog života. Najvažnije što se tijekom intervjuja treba uspostaviti je partnerski odnos u kojem se pacijent i liječnik međusobno poštuju, uvažavaju i stječu povjerenje jedan u drugoga. U tom odnosu liječnik empatijom te verbalnim i neverbalnim znakovima mora pokazati svoje suosjećanje i zainteresiranost za pacijenta i njegov problem. Na taj način će se smanjiti nelagoda koju pacijent osjeća i proživljava. Terapeut mora usmjeriti pažnju na ono što pacijent govori te mu pristupiti s dozom topline i ohrabrenja. Takav odnos jamči da će se pacijent lakše i brže otvoriti pri čemu će na površinu isplivati njegovi problemi i osjećaji. Važno je da liječnik doživljava pacijenta kao osobu, odnosno subjekt, a ne kao puki skup simptoma i nosioca receptora. Briga za pacijenta podrazumijeva shvaćanje njegove bolesti u širem kontekstu, uzevši u obzir njegovo životno okruženje te međudjelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji dovode do bolesti. Liječnik bi u svakom trenutku trebao imati kontrolu nad razgovorom, nastojati se prilagoditi pacijentu i omogućiti mu da se ugodno osjeća. Tijekom intervjuja važno je da verbalni izražaj bude u skladu s neverbalnim, kako poruka ne bi bila zbunjujuća za pacijenta. Iskrenost je bitna stavka intervjuja. Ona podrazumijeva da se liječnik predstavlja

kao ono što jest, u osobnom i profesionalnom smislu. Očekuje se od liječnika da pokaže svoje emocije i stavove, ali nikako da prijede profesionalnu barijeru. U pokazivanju emocija liječnik kao profesionalac treba biti odmjeran. Nekoliko je osnovnih pretpostavki koje moraju biti zadovoljene kako bi medicinski intervju bio uspješan: i pacijent i liječnik moraju sudjelovati, pacijent i liječnik dijele informacije koje uključuju medicinsko znanje, korist, zabrinutost i ciljeve, pri čemu oboje izražavaju mišljenje i želje te naposljetku dolaze do konačnog plana s kojim se oboje slažu. Na završetku razgovora su bitne vještine sažimanja, pojašnjavanja i izražavanja potpore (3, 6, 7, 19). Spomenute komunikacijske vještine koje su potrebne za vođenje kvalitetnog razgovora obuhvaćene su u vodiču medicinskog intervjua Calgary-Cambridge. On pomaže u strukturiranju podučavanja u programima temeljenim na vještinama (19).

5. 6. Psihijatrijski intervju

Procjena psihičkog stanja u pojedinca započinje klasičnim psihijatrijskim intervjuom. On predstavlja svaki razgovor koji psihijatar vodi s pacijentom s ciljem dobivanja određenih informacija, davanja savjeta i pružanja pomoći. Cilj procjene psihičkog stanja je utvrditi postoji li kod ispitanika duševni poremećaj, razlučiti o kojoj vrsti se radi i koji su mogući ishodi poremećaja te preporučiti najučinkovitiji tretman. Podaci koji se tijekom razgovora između terapeuta i pacijenta dobivaju su anamnestički podaci. Psihijatrijskim intervjuom liječnik dobiva cjelovitu sliku osobe nastojeći spoznati dublje slojeve ličnosti do kojih nije lako doprijeti. Prvi intervju ima svoj tijek: formalni početak, početno upoznavanje s problemom, detaljno ispitivanje i završetak. Zadaća terapeuta u prvom intervjuu je dobiti podatke o bolesti, ličnosti pacijenta, njegovom općem, socijalnom funkcioniranju i interpersonalnim odnosima. Heteroanamnestičke podatke terapeut dobiva, od osoba koje su bliske bolesniku (obitelj, prijatelji) i koje poznaju njegovo funkcioniranje prije nego li je nastala promjena u psihičkom stanju, radi dobivanja što detaljnijih informacija. Prema ustroju

psihijatrijski intervju može biti nestrukturirani, strukturirani i semistrukturirani. U nestrukturiranom intervjuu pacijent govori spontano, bez vremenskog ograničenja, o temama o kojima želi te na način koji odabere. Prednost mu je u otvaranju pacijenta koliko on to želi te u njegovu viđenju problema. Nedostatak mu je prešućivanje nekih važnih informacija koje pacijent smatra nevažnima ili ih namjerno izostavlja. Tijekom strukturiranog intervju postavljaju se pitanja određenim redoslijedom, sustavno, ciljano i sveobuhvatno. Prednost mu je dobivanje relevantnih podataka, a nedostatak je gubitak spontanosti. Kombinacija strukturiranog i nestrukturiranog intervju je semistrukturirani (polustrukturirani) intervju koji daje najbolje rezultate (3, 7, 12, 19).

Psihijatrijski intervju se sastoji od sljedećih cjelina: identifikacija, razlog i način dolaska; obiteljska anamneza; životna (osobna) anamneza; anamneza sadašnje bolesti; socijalno-ekonomska anamneza i forenzička anamneza (7).

Identifikacija, razlog i način dolaska

Na početku razgovora se utvrđuje ime i prezime, spol, dob, adresa, zanimanje, radni status te bračno i roditeljsko stanje. Nakon toga se utvrđuje razlog dolaska. Njega čine značajni simptomi ili teškoće, promjena u načinu funkcioniranja pojedinca i zabrinutost da se „s njim nešto događa“. Razlog dolaska je potrebno razlikovati od sadašnjih teškoća ili onih koje stvaraju najveće probleme, ako nisu bile za pacijenta neposredni razlog dolaska. Način dolaska može biti dragovoljan, na zahtjev okoline ili prisilan, što je potrebno jasno utvrditi (7).

Obiteljska anamneza

Od velike je važnosti utvrditi postojanje duševnih bolesti, ali i drugih ozbiljnijih stanja, prije svega u bližoj obitelji, ali i među daljim rođacima pacijenta. Različiti psihijatrijski poremećaji

su u većoj ili manjoj mjeri nasljedni. Također, i odgovor na određenu terapiju može biti sličan unutar članova iste obitelji (7).

Životna (osobna) anamneza

Osobnom anamnezom utvrđuju se najvažniji događaji u životu osobe te njihova povezanost s nastankom simptoma. Prikupljaju se podaci o perinatalnom razdoblju, ranom djetinjstvu, srednjem djetinjstvu, kasnom djetinjstvu i odrasloj dobi. Svako od ovih životnih razdoblja nosi svoje specifičnosti (7).

Anamneza sadašnje bolesti

Anamneza sadašnje bolesti služi proširenju opisa i interesa za dominantne simptome koji su uopće doveli pacijenta na liječenje. Njome se precizno utvrđuje početak bolesti, redoslijed pojave simptoma, značenje simptoma za pacijenta i njegovu okolinu, te činjenica jesu li se simptomi trajanjem bolesti mijenjali, na koji način i u kakvim okolnostima. Intervju je potrebno voditi, ali usmjereno prema cilju. Važno je da uzimanje podataka doista bude razgovor jer se time stvara povjerenje između terapeuta i pacijenta te potonji može lakše progovoriti o tome što ga muči, zbog čega se osjeća loše ili čega se srami. U idealnoj situaciji pacijent i terapeut kod obavljanja intervjuja sjede u jednakim stolicama, na istoj visini te su okrenuti jedan prema drugome. Prekide razgovora (npr. zvonjava telefona) treba izbjegavati. Prilikom razgovora, psihijatar pacijenta ohrabruje, pruža mu podršku i razumijevanje te daje dodatne informacije o njegovom poremećaju i mogućnostima liječenja (7).

Socijalno-ekonomska anamneza

Socijalno-ekonomska anamneza prikuplja podatke o ekonomskim okolnostima u kojima pacijent živi, njegovom financijskom stanju, zaposlenosti, odnosima u obitelji te o socijalnom okruženju u kojem se pacijent kreće i kako funkcionira u svojoj sredini (7).

Forenzička anamneza

Forenzička anamneza se odnosi na pacijentove sukobe sa zakonom, posjedovanje oružja ili oružnog lista, prekršaj zakona i slično (7).

6. OBITELJ

Obitelj je zatvoreni sustav koji je u stalnom razvoju. Posjeduje svoju dinamiku, stil življenja i pripadnost široj zajednici. Svaki član obitelji ima svoju ulogu i funkciju koje se usklađuju s osobitostima obitelji kao zajednice. Obitelj osigurava zadovoljenje potreba svakog svog člana posebno. Isprepliću se fine niti emocionalnih odnosa, načina komunikacije unutar obitelji i obitelji s njezinim okruženjem. Na svaku obitelj mogu utjecati okolinski čimbenici, a promjene u široj zajednici mogu se reflektirati promjenom obiteljske dinamike te promjenom pozicije i funkcije pojedinih članova unutar obitelji. Krajnji cilj svih tih promjena je očuvanje kontinuiteta obitelji i ravnoteže unutar nje. Različiti su čimbenici koji mogu narušiti odnose unutar obitelji te dovesti do konfuzije. Rat i poratno razdoblje, gubitak doma, gubitak članova obitelji, smrt, ranjavanje, invalidnost, bolest, pad standarda, narušavanje obiteljskih odnosa donose nebrojene nevolje obiteljima (11, 12).

6. 1. Obitelj i stres

Nitko od nas svoj život ne proživljava sam. Oni koji to pokušavaju unaprijed su osuđeni da se kao ljudska bića dezintegriraju. Neki aspekti životnog iskustva su više individualni, a neki su više društveni. Život je ipak iskustvo koje je zajedničko i koje se dijeli. Obitelj je osnova razvoja i iskustva, ispunjenja ili neuspjeha. Ona je isto tako osnova zdravlja i bolesti. Prema dijagnostičkim kriterijima posttraumatski stresni poremećaj određuje se kao događaj koji je izvan uobičajenog životnog iskustva pojedinca i koji bi bio izrazito stresan za svakoga.

Upravo zbog takvog iskustva velik broj pacijenata pokazuje odmak od uobičajenih relacija što se pokazuje kroz emocionalnu „umrtvljenost“ i ispražnjenost koja je izrazito prisutna u obitelji, a očituje se kao pomanjkanje emocionalne topline, bliskosti i nježnosti. Obitelj osjeća da se njihov član od njih „udaljuje“ te da se nije sposoban tomu oduprijeti. Sami pacijenti se na liječenje javljaju gotovo isključivo zbog vlastitih intrapsihičkih zbivanja, a ne zbog problema u obitelji. U našem socijalno-kulturnom okruženju obitelj nastoji psihijatrijski poremećaj zadržati unutar svoja četiri zida. Zbog straha i srama članovi obitelji se teško odlučuju za traženje pomoći. Ponekad obitelj ne može izaći na kraj s pacijentovom agresijom, nezainteresiranošću za obiteljske obveze i druženje i njegovim povlačenjem u sebe. Sve to osiromašuje obiteljsku komunikaciju koja postaje oskudna, svedena na nagle ispade ili toliko kontrolirane da uzrokuju snažne napetosti u odnosima. Također, žrtve izbjegavaju govoriti o osjećajima. S vremenom tako siromašna komunikacija dovodi do nesigurnosti, pomanjkanja povjerenja i neprekidnog osjećaja tuge čak i u najboljim obiteljskim trenucima. U neposrednim kontaktima s kliničkim socijalnim radnikom sami pacijenti rijetko spontano kao problem navode bračne i obiteljske probleme, dok drugi članovi obitelji te probleme stavljaju u središte interesa i razgovora. Svaka osoba koja je proživjela psihotraumu upućena je na svoju obitelj radi ponovnog uspostavljanja osjećaja sigurnosti, pripadnosti, dostojanstva i vrijednosti. Od obitelji se očekuje da ljubavlju i bliskošću svojim članovima ublaži osjećaj anksioznosti i očaja koji su rezultat neuspjeha te im na taj način pomažu pronaći sigurno mjesto u zajednici. Osobe se vraćaju svojim obiteljima kako bi unutar njih ponovno stekle potvrdu da vrijede i da su dostojne ljubavi. Ovo nameće obitelji izvanredan psihički teret. U slučaju osoba s PTSP-om važne su funkcije socijalne potpore (uključujući obiteljske), a to su emocionalna podrška (pažnja, utjeha, ljubav, suosjećanje), hrabrenje, savjet (korisne informacije o rješavanju problema), druženje i konkretna pomoć (materijalna). Psihotraumatizirani ne prepoznaju novonastale promjene koje su uslijedile nakon proživljenog

traumatskog događaja. Važno je da obitelj za psihotraumatiziranoga izdvoji vrijeme. To je lako izgovoriti, ali je vrlo teško izdržati, jer članovi obitelji imaju svoja očekivanja od psihotraumatizirane osobe. Osoba koja je doživjela traumu treba vremena da se ponovno vrati u sadašnjost. Teškoća u pružanju pomoći od strane obitelji je u iskazivanju ljubavi. Obitelj na različite načine voli psihotraumatiziranog. Svatko od njih daje svoju ljubav prema svojim empatijskim sposobnostima. Odbijanje koje dožive od psihotraumatiziranog izaziva kod članova obitelji bol i oni se postupno povlače, ne želeći doći u situaciju istog bolnog iskustva. Stvara se jaz koji postaje sve veći. Ako na vrijeme obitelj ne zatraži pomoć, stvorit će se dvije strane koje je teško približiti. Obitelj kao cjelina postaje traumatizirana i nesposobna da sama sebi pomogne, a pomoć je nužna. No, to nije jednostavno jer oni osjećaju da nisu psihijatrijski bolesnici u čemu imaju potpuno pravo – i ne žele se „liječiti“. Oni trebaju psihološku pomoć i psihoterapijski pristup u obliku savjetovanja i suočavanja. Funkcija i cilj obiteljske terapije traumatiziranog je poboljšanje komunikacije između članova obitelji, jačanje razumijevanja i empatije te ponovna izgradnja osnovnog povjerenja. Ono što kapacitet za empatiju osiromašuje i sužava je nemogućnost identifikacije članova obitelji s bespomoćnošću psihotraumatiziranog te suočavanje s vlastitom bespomoćnošću. Obitelj svojeg člana koji je doživio traumu treba saslušati, imati strpljenja za njega, uočiti promjene u njegovom ponašanju, suočiti ga sa stvarnošću, posvetiti mu pažnju i vrijeme, pohvaliti njegove napore i uvijek biti tu za njega, „čuvati mu leđa“ i bezuvjetno ga voljeti. Obitelj je najznačajnija podrška i potpora za što lakši povratak normalnome društvenom životu (1, 11, 12, 17, 21, 24).

6. 2. Obitelj kao žrtva

Postoje slučajevi kad obitelj ne pomaže onoliko koliko bi pacijent želio. To je slučaj kad je isti događaj u isto vrijeme cijelu obitelj učinio žrtvom. Primjeri takvih događaja su prirodne katastrofe, velike nesreće, požari, poplave, uragani i nuklearne katastrofe, koje ostave bez doma svaku obitelj pa čak i cijele zajednice. U takvim se slučajevima članovi jedne obitelji

moraju osloniti na druge obitelji kako bi dobile podršku i započele oporavak. Nasilna smrt člana obitelji je također oblik traumatskog događaja koji pogađa cijelu obitelj. Šok će biti još veći i jači ako su članovi obitelji bili svjedoci događaja. U tim slučajevima članovi obitelji moraju shvatiti da je istinska žrtva traume sama obitelj. Čak i vrlo prilagodljive obitelji u takvim situacijama trebaju odmah potražiti pomoć. Problem u obitelji predstavlja i dugoročni prijenos ratnih posljedica na djecu ratom traumatiziranih roditelja. Djeca očeva s borbenim PTSP-om mogu imati brojne emocionalne i ponašajne probleme te probleme u akademskom funkcioniranju. To se dovodi u vezu sa slušanjem traumatskih priča, iskustvom proživljavanja kronične roditeljske patnje i boli, brige za onesposobljene roditelje te iskustvom gubitaka. Povećana je prevalencija PTSP-a u odraslih potomaka čiji su roditelji proživjeli teška traumatska iskustva. Ranjivost se temelji na iskustvenim faktorima, a ako postoji i neki oblik „biološki transmitirane“ dijateze, ona je još uvijek posljedica traumatskog stresa roditelja (11, 12).

6. 3. Obitelj u komunikacijskom procesu

Okruženje osobe koja je proživjela traumatsku situaciju ima osobitu ulogu. Ako je radna sredina, obitelj i zajednica spremna pružiti podršku traumatiziranoj osobi, ona će lakše prevladati stres. U suprotnom, samo će se pojačati mogućnost razvoja bolesne reakcije na stres i traumu. Aktivno uključivanje omogućava članu obitelji upoznavanje bolesti te pružanje bolje njege. Obitelj je važan izvor socijalne podrške. Vjerovanje obitelji u ozdravljenje može utjecati na pacijentov odnos prema bolesti i liječenju. Za uspješno liječenje važno je objasniti i provjeriti razumiju li pacijent i članovi njegove obitelji ciljeve liječenja i od čega se ono sastoji te ih potaknuti da pitaju o onome što im nije jasno. Svaki će se član obitelji drugačije suočavati s bolešću nekog drugog člana, ovisno o svojoj ulozi koju ima u obitelji. Neki članovi bolje pružaju praktičnu podršku, neki emocionalnu, a neki će izbjegavati suočiti se s bolešću pa će se zanimati za stanje pacijenta s udaljenosti ili će se potpuno povući. U okviru

komunikacije s obitelji, trebali bi se redovito održavati obiteljski sastanci na kojima se raspravlja o tome što je najbolje za pacijenta. Najčešće se sastanci odvijaju u dva dijela. Prvi dio vodi liječnik, a drugi dio netko iz medicinskog tima tko se bavi psihosocijalnom skrbi, a vezano uz probleme, kao što su suočavanje, emocionalne reakcije, utjecaj na obitelj i obitelji na pacijenta. Potrebno je redovito voditi i medicinsku dokumentaciju s obiteljskog sastanka. U svakom slučaju, obiteljski je sastanak jako važan u cjelokupnoj skrbi o pacijentu. Također, promovira se partnerstvo obitelji s timom (1, 4, 5, 6, 11, 12).

7. KOMUNIKACIJA S OBOLJELIMA OD PTSP-a

Najvećem riziku obolijevanja od PTSP-a izloženi su ratni veterani, osobe koje su preživjele fizički ili seksualni napad, zlostavljanje, nesreće, prirodne katastrofe i druge teške događaje. Tjelesni i psihički simptomi uvelike narušavaju kvalitetu života i življenja. Cilj svih oblika terapija PTSP-a jest ublažiti simptome ponovnog proživljavanja traume, povećati samokontrolu, odnosno utjecati na cjelokupnu simptomatologiju PTSP-a te tako poboljšati kvalitetu života oboljelog. Drugim riječima, osobi se pomaže da nauči živjeti s proživljenom traumom. U određenom broju slučajeva može se očekivati potpuni oporavak, dok je kod nekih prisutno tek smanjenje simptoma. Prije početka bilo kakvog tretmana, neophodno je osigurati suradnju obitelji/prijatelja, koji će biti oslonac i motivacija osobi u teškim trenucima. Prvi korak u radu s oboljelima je upoznati ih kroz psihijatrijski intervju, saznati kroz što prolaze, kako se osjećaju i kako razmišljaju. Većinu oboljelih od PTSP-a prati osjećaj intenzivnog straha, bespomoćnosti, tuge, očaja, srama, ljutnje, krivnje i imaju osjećaj gubitka kontrole. Trauma mijenja način na koji oboljeli doživljava svijet čineći ga opasnim i zastrašujućim mjestom. Oboljeli od PTSP-a nemaju povjerenje u sebe i druge, zato je najvažnije u radu s takvim osobama stvoriti odnos pun povjerenja, prihvaćanja, bez osuđivanja i velikih

očekivanja od oboljelih. Komunikacija s oboljelima od PTSP-a zahtijeva strpljenje, razumijevanje, aktivno slušanje, empatiju, ohrabrenje, potporu i podršku. U razgovoru s njima važno je ponoviti ono što se razumjelo i postaviti im pitanja za dobivanja dodatnih informacija. Terapeut za vrijeme razgovora treba biti smiren, opušten i treba svu svoju pažnju usmjeriti na pacijenta i na ono što mu on govori. Nije dobro prekidati pacijenta, na njega vršiti bilo kakav pritisak i siliti ga da govori o traumatskom događaju ako to ne želi. Treba potaknuti oboljele na aktivnosti u kojima su dobri i koje ih čine sretnima, zadovoljnim, smirenima i sigurnima. Tijekom razgovora treba ih potaknuti na razmišljanje o budućnosti i budućim planovima te ih ohrabriti za njihovo ostvarenje. Kvalitetnom suradnjom i komunikacijom terapeut ih treba osnažiti i uvjeriti u mogućnost oporavka. Oboljeli od PTSP-a očekuju da sve ono što im se obeća i kaže ispuni. Postoje mnogi okidači koji podsjetе oboljelog od PTSP-a na proživljeno traumatsko iskustvo. To su npr. različita mjesta, zvukovi, ljudi, stvari, mirisi, osjećaji koji se javljaju, okruženje i mnogi drugi. Važno je da oboljeli o njima razgovara, da ih na glas uvijek kaže jer samo tako će moći na njih u budućnosti reagirati i pokušati izbjeći kad god je to moguće. Dobro je pacijente uputiti u grupe čiji sudionici su prošli slična traumatska iskustva. Ljudi sa sličnim životnim pričama odmah se prepoznaju i razumiju i to pomaže u što lakšem vraćanju osobe svakodnevnom životu i zajednici. Oboljeli od PTSP-a su ranjiva skupina društva kojoj je potrebna podrška terapeuta, obitelji, ali i cjelokupne zajednice za ponovno integriranje u društvo. Uvijek im se treba pristupiti s pozitivnim stavom punog suosjećanja i želje da im se pomogne ustrajati na putu oporavka koji će olakšati i umanjiti sve tjelesne i psihičke simptome koji ih prate (1, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 20, 21, 24).

PTSP mijenja odnos oboljelog sa zajednicom koja ga često stigmatizira. Ljudi imaju negativan stav prema PTSP-u jer nemaju dovoljno znanja o toj psihičkoj bolesti, ne razumiju da se PTSP može liječiti, smatraju da je to bolest za koju je oboljeli sam kriv, boje se da i

sami ne obole od nje i da je osoba oboljela od PTSP-a izuzetno opasna. Zbog toga pacijenti često imaju teškoće pri zaposlenju i normalnom funkcioniranju u zajednici. Od velikog je značaja razgovarati o PTSP-u u javnosti kako bi oboljeli bili što bolje prihvaćeni i shvaćeni (8, 11, 21, 24).

8. ISCJELJUJUĆI ODNOS

Srž doživljaja psihičke traume je obesnaženost i isključenost od ostalih ljudi. Oporavak se temelji na osnaženju postojećih i stvaranju novih ljudskih veza. Oporavak je moguć samo u kontekstu odnosa s ljudima. Obnavljajući svoje veze s ljudima, preživjela osoba obnavlja i svoje duševne moći, oštećene ili iskrivljene traumatskim doživljajem. Moraju se obnoviti sposobnosti poput autonomnosti, inicijativnosti, kompetentnosti te građenje identiteta i prisnosti. Prvo načelo oporavka je osnaženje preživjele osobe. Ona mora biti stvarateljica i mjerilo vlastita oporavka. Preživjelu osobu bi bilo dobro pitati o njezinim željama i dati joj mogućnost izbora u granicama održavanja sigurnosti (14). Žena koja je proživjela incest kaže: „Dobri terapeuti bili su oni koji su potvrdili da je moje iskustvo stvarno i pomagali mi da sama kontroliram svoje ponašanje, radije nego nastojali kontrolirati mene“(14). Martin Symonds, koji je radio s taocima, glavnim načelima liječenja smatra vraćanje moći žrtvama, smanjivanje izoliranosti te smanjivanje bespomoćnosti žrtve (14). Svrha terapijskog odnosa je poticanje oporavka pacijenta. U tom odnosu terapeutu je dana nadmoć nad pacijentom i njegova odgovornost je da ga usmjeri na što uspješniji oporavak. Ono što je terapeutu teško u tom odnosu je održati neutralnost i nepristranost. Neutralnost podrazumijeva da se terapeut ne opredjeljuje ni za jednu stranu u pacijentovim unutarnjim sukobima, niti nastoji usmjeravati njegove životne odluke. Nepristranost znači da se terapeut suzdržava od upotrebe moći nad pacijentom za vlastitu dobrobit. Osim tehničke neutralnosti govori se i o onoj moralnoj. Rad

sa žrtvama zahtijeva moralnu predanost. Terapeut bi se trebao solidarizirati sa žrtvom. To nalaže razumijevanje nepravde traumatskog doživljaja i potrebu za rješenjem koje će obnoviti kakav-takav osjećaj pravde (14). Kardiner napominje da bi „središnji dio terapije uvijek (...) trebala biti pomoć pacijentu da razumije“ narav i značenje svojih simptoma, ali istodobno upozorava da je „stav liječnika u liječenju takvih slučajeva isti kao stav zaštitničkog roditelja. On pacijentu mora pomoći da vrati moć nad vanjskim svijetom“ (14).

9. ZAKLJUČAK

Posttraumatski stresni poremećaj se javlja kao odgovor na neugodni i bolni događaj koji je po svojoj težini i prijetnji za integritet čovjeka ugrožavajući. Simptomi PTSP-a, psihički i tjelesni, koji se javljaju kao posljedica traumatskog iskustva mijenjaju osobu koja više nije ista. To se posebno odražava na odnose u obitelji koji se narušavaju. Psihotraumatizirani se otuđuje, povlači u sebe, zanemaruje sve svoje obveze i uloge koje je zauzimao u obitelji. Prisutan je tjelesno, ali duhovno je odsutan. Zbog čestih promjena raspoloženja i komorbidnih stanja, koja prate PTSP, oboljeli može postati opasan kako za svoje bližnje tako i za sebe samoga. Važno je na vrijeme potražiti pomoć, iako se na nju pacijenti teško odlučuju. Postoji niz terapijskih tehnika kojima se pomaže pojedincu da proradi traumatski događaj. Najčešće se koriste individualna, grupna i obiteljska psihoterapija te farmakoterapija. Početak svih ovih tehnika je strukturirani psihijatrijski intervju. Komunikacija je prva stepenica u postizanju zajedničkog cilja terapeuta i pacijenta. Taj cilj je adekvatno liječenje kojim će se psihotraumatizirani integrirati u društvo i obitelj te će mu se povećati kvaliteta života i življenja. Uspješnim komunikacijskim vještinama dopire se do čovjeka, motivira ga se da postane ustrajan u ostvarenju cilja, prihvaća ga se bez osude te se uspostavlja dobar partnerski odnos terapeuta i pacijenta na temelju kojega se gradi put liječenja i oporavka. Liječnikova zadaća je, kaže Hipokrat, razjasniti prošlo, shvatiti sadašnje i predvidjeti budućestanje. Obitelj, također, mora biti uključena u liječenje jer ona je najveća i najvažnija potpora i podrška bolesniku. Smatram da je glavni preduvjet za to dobra, uspješna i kvalitetna komunikacija.

10. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Marijani Braš te članovima komisije, prof. dr. sc. Veljku Đorđeviću i prof. dr. sc. Draženu Begiću, na vremenu koje su izdvojili za pregledavanje i ocjenjivanje diplomskog rada.

Obitelji, prijateljima i kolegama zahvaljujem na podršci pruženoj tijekom čitavog školovanja.

11. LITERATURA

1. Boothman N. Kako se svidjeti drugima u 90 sekundi i manje? Varaždin: Katarina Zrinski. 2006.
2. Brajša P. Drukčija psihijatrija. Zagreb: Medicinski naklada. 2016.
3. Braš M., Đorđević V. Komunikacija u medicini: čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada. 2011.
4. Carneige D. Kako steći komunikacijske vještine. Zagreb. 2014.
5. Degoricija V. Temelji liječničkog umijeća IV: Priručnik za studente. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 2014.
6. Despot Lučanin, J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zdravstveno veleučilište. Naklada Slap. 2010.
7. Filaković P. Psihijatrija. Osijek: Medicinski fakultet Osijek. 2014.
8. Flannery R. Jr. Posttraumatski stresni poremećaj: Vodič za žrtve: liječenje i oporavak. Osijek: Nakladni zavod Evanđeske crkve. 1998.
9. Foy D. Liječenje posttraumatskog stresnog poremećaja kognitivno-bihevioralni postupci. Jastrebarsko: Naklada Slap. 1994.
10. Frančišković T., Moro Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada. 2009.
11. Frančišković T., Moro Lj. Što su stres i psihotrauma i kako ih prevladati. Samobor: Centar za pomoć u stresu. 1994.
12. Gregurek R., Klein E. Posttraumatski stresni poremećaj: hrvatska iskustva. Zagreb: Medicinska naklada. 2000.

13. Henigsberg N., Lončar M. Psihičke posljedice traume. Zagreb: Medicinska naklada. 2007.
14. Herman L. J. Trauma i oporavak. Zagreb: Ženska infoteka. 1996.
15. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada. 2006.
16. James B. Lohr, Barton W. Palmer, Carolyn A. Eidt, Smitha Ailaboyina, Brent T. Mausbach, Owen M. Wolkowitz, Steven R. Thorp, Dilip V. Jeste Is Post-Traumatic Stress Disorder Associated with Premature Senescence?, The American Journal of Geriatric Psychiatry, Volume 23, Issue 7, Pages 709-725. 2015.
17. Jukić V., Pisk Z. Psihoterapija - škole i psihoterapijski pravci u Hrvatskoj danas. Zagreb: Medicinska naklada. 2008.
18. Kamenukin A., Kovpak D. Na krivog ste se namjerali: Vještine komunikacijske samoobrane u životu i poslu. Zagreb. 2013.
19. Keleminić D., Đorđević V., Braš M. Komunikacijske vještine u medicini. Soc. psihijat. Vol. 44 (2016) Br. 4, str. 291-309.
20. Kožarić-Kovačić D., Kovačić Z., Rukavina L. Posttraumatski stresni poremećaj. // Medix. Srpanj 2007. str. 102-106.
21. Matsakis A. Živjeti s veteranom: Suočavanje sa životnim izazovima uz veterana koji pati od PTSP-a. Zagreb: Medicinska naklada. 2009.
22. Marčinko D., Rudan V. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada. 2014.
23. MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zagreb: Medicinska naklada. 1999.
24. Tyrer P. Kako živjeti sa stresom. Ljubljana – Zagreb. 1991.
25. <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/11/posttraumatski-stresni-poremecaj-ptsp.html>

26. <http://www.centarzdavlja.hr/zdravlje-az/mentalno-zdravlje/posttraumatski-stresni-poremecaj/epidemiologija-ptsp-a/#title>

27. http://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp

28. <https://www.zdravobudi.hr/clanak/1004/poremecaji-uzrokovani-stresom>

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 26. lipnja 1990. godine u Karlovcu. Pohađala sam Osnovnu školu Grabrik u Karlovcu. Nakon osnovne škole upisala sam Gimnaziju Karlovac, opći smjer. Medicinski fakultet u Zagrebu upisala sam 2009. godine. Sudjelovala sam na županijskom natjecanju iz Prve pomoći 2013. godine u organizaciji Hrvatskoga Crvenog križa. Bila sam predavač na 1. Kongresu s međunarodnim sudjelovanjem za mentalno zdravlje u Zadru 2016. godine. Aktivno se služim engleskim i španjolskim jezikom, a tijekom srednje škole učila sam i njemački jezik. Članica sam Hrvatskog planinarskog društva „Sveti Patrik“ u Samoboru i udruge Ekoss spiritus. Tajnica sam udruge Integrativni centar za mentalno zdravlje u Karlovcu.